FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 93.

DES

ACCIDENTS OSSEUX DE LA DENT DE SAGESSE

Contribution à l'Étude de leur Pathogénie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1895

PAR

Pierre PITOT

Né à Saint-Méard-de-Gurçon (Dordogne), le 10 Septembre 1867

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
PIÉCHAUD,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	*juges.*
PRINCETEAU,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie A. ARNAUD
34, rue Sainte-Colombe, 34
—
1895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 93.

DES

ACCIDENTS OSSEUX DE LA DENT DE SAGESSE

Contribution à l'Étude de leur Pathogénie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1895

PAR

Pierre PITOT

Né à Saint-Méard-de-Gurçon (Dordogne), le 10 Septembre 1867

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
PIÉCHAUD,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	
PRINCETEAU,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie A. ARNAUD
34, rue Sainte-Colombe, 34
—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	De NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie..... MM. PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS.	Maladies mentales...	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.....	DUBREUILH.	Pathologie externe...	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A mon Maître et Ami,

MONSIEUR LE DOCTEUR DUNOGIER

Professeur libre de Clinique dentaire, près la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Membre-Correspondant de la Société de Chirurgie de Paris:
Membre-Correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier d'Instruction Publique
Officier de la Légion d'Honneur.

DES

ACCIDENTS OSSEUX DE LA DENT DE SAGESSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LEUR PATHOGÉNIE

INTRODUCTION

Pendant nos études médicales nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades ayant présenté des accidents dûs à l'éruption de la dent de sagesse. Frappé de la gravité de ces accidents, nous nous sommes vivement intéressé à cette question et c'est pourquoi nous avons décidé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons point la prétention de faire ici une étude complète; des maîtres autorisés ont déjà traité cette question beaucoup mieux que nous ne saurions le faire nous-même.

C'est pourquoi nous nous sommes surtout attaché à élucider un point de pathogénie sur lequel les auteurs sont loin d'être d'accord.

Les accidents osseux dûs à l'éruption de la 3e grosse molaire peuvent-ils être primitifs, c'est-à-dire, provoqués par la compression mécanique due au milieu anatomique dans lequel elle est obligée de se développer ?

Les accidents osseux ne sont-ils, au contraire, que consécutifs à une érosion de la muqueuse servant de porte d'entrée au germe infectieux ?

Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre.

Aussi, après avoir fait rapidement l'historique de la question, l'anatomie de la dent et du milieu dans lequel elle se développe, nous décrivons les différents accidents en ayant soin de distinguer ceux dûs à la compression de ceux dûs à l'ulcération de la muqueuse et nous concluons à la fusion de ces deux processus pathologiques. Nous instituons ensuite un traitement approprié aux différents cas.

Nous ne quitterons pas la Faculté et les Hôpitaux de Bordeaux sans rappeler ici ceux de nos maîtres qui nous ont prodigué toute leur bienveillance dans le cours de nos études médicales.

Que MM. Baudrimont, Courtin, chirurgiens des Hôpitaux, M. le professeur agrégé Pousson, MM. les professeurs Boursier, Moussous père et Picot daignent accepter le témoignage de notre très vive reconnaissance.

Une mention spéciale à notre maître et ami, M. le Docteur Dunogier, qui nous a inspiré l'idée de notre travail et nous a aidé de ses conseils éclairés.

Enfin, que M. le Professeur Demons veuille bien recevoir nos plus sincères remerciements pour les services qu'il a pu nous rendre et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La dent de sagesse a beaucoup fait parler d'elle, surtout à l'occasion des accidents qu'elle est susceptible de provoquer au moment de son éruption. Il semblerait, cependant, *a priori*, que, celle-ci se faisant à un âge où l'organisme se trouve dans des conditions de vitalité et de développement parfaits, à un âge où les sujets ont perdu, en grande partie, la susceptibilité redoutable spéciale aux premières années de la vie, il semblerait que tout doive se passer normalement. Il n'en est pas toujours ainsi, nous expliquerons pourquoi et comment.

Ces accidents furent signalés il y a fort longtemps ; Avicenne en fait mention.

On n'en parle plus, depuis cet auteur, jusqu'au XVI[e] siècle, époque à laquelle Hémard dit : « Ces dents en leur sortie font » une extrême douleur, laquelle abuse souvent les médecins et » chirurgiens s'ils n'y sont bien advisés, d'autant qu'ils cuident » que cette douleur se fasse par un rhume et défluxion sur les » dents et, pour ce regard, ordonnent remèdes purgatifs pour » évacuer les causes de telle fluxion ; mais telle préparation se » faict en vain... etc., etc.»

En 1746, Fauchard et John Hunter ne citent que les lésions des parties molles.

Jourdain, en 1778, s'étend plus longuement sur la question.

Toirac donne, ensuite, des faits plus précis et établit des indications thérapeutiques rigoureuses.

Désirabode s'occupe de la dent de sagesse mais n'ajoute rien aux faits connus.

A partir de cette époque, l'attention est attirée de ce côté, les observations deviennent plus nombreuses, publiées par les revues périodiques, notées par les cliniques : elles servent à Chevassu pour sa thèse inspirée par Magitot.

En 1878, Heydenreich fournit, pour son concours d'agrégation, le meilleur travail d'ensemble sur ce sujet.

En 1887, Cornudet publie, sous l'inspiration de Redier, sa thèse inaugurale sur l'évolution de cette dent : excellent travail, très bien conduit, consciencieusement établi mais par trop exclusif quant à l'explication pathogénique qu'il fournit des accidents osseux de l'éruption.

En 1892, à la Société de chirurgie de Paris, on discute à plusieurs reprises sur la pathogénie des accidents osseux. Cette discussion ne fait, d'ailleurs, que très nettement diviser les partis : les uns adoptent la théorie de l'infection par la muqueuse, les autres à la fois la théorie mécanique et la théorie de l'ulcération de la gencive.

On verra que les faits doivent rendre éclectique dans le choix de ces deux explications. La première est excellente, mais ne peut être revendiquée que pour une certaine catégorie de cas, tandis que les autres relèvent de la deuxième explication pathogénique.

ANATOMIE

Sous le nom de dent de sagesse on désigne, d'une façon courante, la troisième grosse molaire. Cette appellation qui date de fort longtemps est assez fondée si l'on en croit Urbain Hémard : « Avicenne leur donne un nom fort convenable et propre; » il les appelle en son arabe *Alhalin,* qui signifie dents de pru- » dence et de discrétion, parce qu'en cet âge l'homme doibt » avoir son jugement. »

Il n'est pas sans importance de connaître exactement et en détail l'anatomie de la partie des maxillaires que doit occuper la dent de sagesse.

Ce squelette osseux est, pour le maxillaire inférieur, constitué par la partie du bord supérieur du corps du maxillaire, limitée en avant par l'alvéole où se loge la deuxième grosse molaire, en arrière par le bord antérieur de la branche montante du maxillaire. Cette branche se prolonge en haut en une apophyse dite coronoïde qui donne insertion au muscle temporal. A ce niveau, le bord supérieur du corps du maxillaire présente une gouttière dont les limites confondues en haut s'écartent, en descendant, pour se continuer avec des lignes obliques situées sur les faces interne et externe. Selon que la branche ascendante est dirigée plus ou moins verticalement, l'espace destiné à recevoir la troisième grosse molaire est plus ou moins vaste : Cette condition varie selon les sexes, les races et l'état de culture intellectuelle. La branche gauche est moins longue que la droite. Le rebord alvéolaire (c'est le contraire de ce qui se passe au maxillaire supérieur) présente une courbure non en saillie, formant avec l'apophyse coronoïde un angle rentrant.

Au maxillaire supérieur, l'espace réservé à la dent de sagesse

est limité en avant par la deuxième grosse molaire ; mais en en arrière, il n'existe ni apophyse coronoïde ni branche montante. Le rebord alvéolaire présente une courbure en saillie : aussi les follicules dentaires inscrits dans cette circonférence ont-ils, comme territoire d'évolution, un segment triangulaire à sommet central et base périphérique.

Le rapport des dents avec le maxillaire supérieur est assez remarquable : il existe une adhérence excessive entre leurs racines et le tissu spongieux qui les entoure. Dans les manœuvres d'extraction, on est exposé, si l'on emploie le levier, à enlever un fragment considérable de la tubérosité du maxillaire et, peut-être même, à ouvrir l'antre d'Highmore. On se l'explique d'autant mieux que la tubérosité du maxillaire est formée par du tissu spongieux revêtu extérieurement par une mince lame de tissu compacte; on pourrait aussi expliquer l'arrachement si fréquent de cette tubérosité par ce fait qu'elle se développe par un point spécial d'ossification et que l'accroissement du maxillaire n'est guère achevée que vers la vingtième année

La muqueuse buccale revêt toute la région de cet os, elle est pâle, surtout en avant et adhère très intimement à la voûte palatine et à la couche sous-jacente, au point qu'elle fait corps avec elle. Moins unie au voile du palais, elle est, vers le bord alvéolaire, de consistance cartilagineuse et, au niveau du collet, forme un anneau d'adhérence tellement serré qu'on a de la peine à l'en séparer.

Au maxillaire inférieur, à l'état sain, la muqueuse est très adhérente au périoste et forme une fibro-muqueuse : celle-ci est plus adhérente au niveau des branches montantes à l'angle de réflexion. Elle est continue avec la muqueuse des joues et la muqueuse pharyngienne.

En quelques mots, telle est la place qu'occuperont les dents de sagesse aux maxillaires supérieur et inférieur.

Il n'est pas inutile, non plus, pour comprendre les accidents qui peuvent accompagner l'éruption de celles-ci, d'établir succinctement l'anatomie et le développement de ces organes avec les modifications que l'on constate autour d'eux.

A la période *d'évolution*, les tissus dentaires s'organisent et la couronne prend sa forme définitive; c'est là l'une des deux phases que parcourt la dent pour arriver à son développement complet.

A la deuxième période dite *éruption*, la dent, primitivement entourée de son sac folliculaire et renfermée dans l'épaisseur du maxillaire, perce les parties molles qui l'entourent.

D'après Legros et Magitot, la première ébauche du follicule apparaît par un cordon émanant de la couche épithéliale de la muqueuse gingivale. L'extrémité du cordon appelé organe adamantin se renfle et va à la rencontre d'un nouvel organe qu'elle recouvre : le bulbe dentaire qui émane du tissu embryonnaire. La paroi folliculaire, elle, émane directement des éléments du bulbe, se détache de la base de celui-ci et va jusqu'à son sommet où, en se réunissant, elle constitue le sac folliculaire.

Les dents permanentes ont pour origine un cordon qui n'est qu'un diverticule du cordon de la dent temporaire correspondante. Le cordon de la première molaire permanente naît vers la dix-septième semaine, à l'extrémité de la lame épithéliale d'où sont partis les cordons des dents temporaires. Ce cordon de la première molaire présente, chez un nouveau-né de deux à trois mois, un prolongement cylindrique dirigé horizontalement en arrière et terminé par une extrémité arrondie : C'est le premier début du follicule de la deuxième molaire permanente. Enfin, c'est vers la troisième année que le bourgeon épithélial destiné à former la dent de sagesse se détache du cordon de la deuxième grosse molaire. Vers la douzième année, un petit chapeau de dentine est visible sur la future dent de sagesse. Les trois grosses molaires se développent tardivement et successivement pour que la subs-

tance osseuse des machoires leur fournisse la place nécessaire au fur et à mesure de leur développement et de leur augmentation de volume.

Si, en effet, on examine un sujet de douze ans, après l'éruption des deuxièmes grosses molaires, on constate que les arcades semblent complètement occupées. Mais, pendant le temps que le sujet atteint sa vingtième année, les mâchoires s'allongent postérieurement et logent quatre nouvelles dents.

Cet accroissement dans le sens postérieur se fait par trois points principaux : dans le cartilage subarticulaire du condyle, dans le périoste de l'apophyse coronoïde, dans le périoste, enfin, qui recouvre l'angle de la mâchoire.

Le développement osseux au pourtour de l'apophyse coronoïde présente le phénomène particulier suivant : c'est que, si toutes les parties ainsi formées se conservaient intégralement, la largeur de la branche montante du maxillaire serait telle qu'elle s'avancerait sur le bord alvéolaire. Aussi, trouve-t-on des traces de résorption du tissu osseux sur le bord antérieur et inversement des indices de développement sur le bord postérieur. Les follicules des dents permanentes se forment, à l'origine, en dedans de la crête osseuse qui constitue antérieurement la base de l'apophyse coronoïde, crête qui se continue avec la ligne oblique externe.

La tubérosité est au maxillaire supérieur ce que la base de l'apophyse coronoïde est au maxillaire inférieur; c'est à partir de ce point que s'allonge la ligne alvéolaire.

A l'âge de sept ans, la surface antérieure de l'apophyse ptérygoïde se trouve séparée de la première molaire permanente par un espace de six millimètres et la deuxième molaire naissante est logée dans la tubérosité maxillaire. Il faut, avant que la forme définitive soit établie, que l'espace s'accroisse au moins des deux tiers.

Dès l'expiration de la douzième année, la distance entre l'apophyse ptérygoïde et la première molaire a augmenté suffisamment pour permettre à la deuxième molaire de prendre sa place dans la rangée dentaire et, vers la vingtième année, la troisième molaire occupe ordinairement sa position. En même temps, les os maxillaires supérieurs progressent en avant, et, concurremment, un travail de résorption fait disparaître la surface antérieure du bord inférieur de l'apophyse molaire; celle-ci se trouve ainsi rejetée en arrière. A l'âge de sept ans, ce bord est situé immédiatement au-dessus du tiers antérieur de la première molaire; à vingt et un ans, il occupe une position semblable à l'égard de la deuxième molaire. Pendant cette période, il s'est donc retiré d'une quantité égale à la largeur d'une dent.

L'évolution de la dent en général se fait en trois périodes : embryoplastique, odontoplastique, et coronaire. A cette dernière période, la couronne de la dent est complètement formée; elle s'étend jusqu'à la base de la pulpe et atteint le niveau de l'insertion circulaire du col du follicule de cette base. Cette limite, que la couronne ne peut dépasser, constitue le collet de la dent et l'on voit, à ce moment, la base de la pulpe, le collet de la dent et le col du follicule situés exactement sur le même niveau.

A ce moment commence la phase radiculaire; on voit le collet de la dent s'élever au-dessus du follicule, à mesure que la racine se forme. D'ailleurs, le col du follicule ne cesse d'embrasser étroitement la base de la pulpe et c'est au niveau de cette base que se passent tous les phénomènes de la formation des racines.

Mais la pulpe ne pouvant plus s'accroître en largeur grandit, exclusivement, dans le sens de la hauteur, se recouvre d'ivoire et de cément et constitue la dent. L'allongement de cette dernière ne peut plus s'effectuer sans entraîner de grandes conséquences. En effet, l'espace occupé primitivement par la dent, lorsque sa couronne seule est formée, devient trop restreint; d'autre part,

la racine ne pouvant s'enfermer dans la maxillaire où elle rencontre un tissu osseux résistant, communique à la dent toute entière un mouvement lent de translation vers la gencive. De la sorte, la racine prend dans l'alvéole la place qu'y occupait la couronne et celle-ci traverse tout à la fois la gencive et la paroi folliculaire pour faire saillie sur le bord alvéolaire.

Tel est le mécanisme de l'éruption. Chez l'homme, celle-ci ne commence qu'à l'époque où le développement de la racine est assez avancé pour que le pédicule de la pulpe soit fort rétréci ; les dents achèvent leurs racines avant de compléter leur éruption. D'ailleurs, au moment de sa perforation, la gencive primitivement dure, solide et blanchâtre, devient rouge, tuméfiée et sensible ; elle se rétracte sur elle-même quand la couronne est apparue au dehors. Quant à la partie du sac qui persiste du collet et de la racine, elle devient le périoste alvéolo-dentaire.

Quelques auteurs, parmi lesquels Magitot, ont une tendance à admettre, à la place du périoste alvéolo-dentaire, de véritables ligaments et, par conséquent, à assimiler les rapports de la dent avec le maxillaire, à une articulation. Ces mêmes auteurs ont dû, par suite de cette nouvelle théorie, modifier légèrement leur vocabulaire pathologique ; c'est ainsi qu'à la périostité alvéolo-dentaire ils ont substitué l'arthrite alvéolo-dentaire. Il est fâcheux pour la clarté du langage que l'on ne soit pas parfaitement d'accord là-dessus, et que, pour une même affection, ont ait deux appellations absolument différentes.

Les grosses molaires ont des caractères morphologiques assez particuliers pour qu'il soit utile de les rappeler.

Leur couronne est assez régulièrement cuboïde, présentant quatre faces. Les faces antérieure et postérieure suivant lesquelles elles se correspondent sont convexes et lisses. Leur surface triturante est avivée de quatre cuspides que sépare un dédoublement, sillon disposé en croix. Toutefois, le nombre de

ces cuspides n'est pas constant, il peut descendre à trois ou s'élever à cinq. La dent de sagesse, en particulier, en présente dans les races supérieures trois ou cinq ; dans les inférieures cinq est la règle, quelquefois six.

Les racines sont toujours distinctes ; on en compte toujours deux ou trois, plus rarement quatre ; quand il en existe deux seulement, l'une est antérieure, l'autre postérieure et toutes les deux aplaties d'avant en arrière. S'il en existe trois ou quatre, on en rencontre deux en dehors, la troisième ou les deux autres en dedans. Exceptionnellement on observe la dent de sagesse avec cinq racines. Cette disposition est extrêmement rare chez les blancs où, souvent, au contraire, elles sont réunies en un tronc unique. En ce qui concerne leur direction, les racines de la dent de sagesse sont parallèles ou plus ou moins divergentes. Dans certains cas, après s'être écartées de l'axe de la dent, elles reviennent vers cet axe en formant une courbe.

Les trois molaires supérieures se distinguent les unes des autres par leur volume qui va décroissant comme celui de toutes les dents en série. Cette loi dite « de la décroissance » est vraie pour les races élevées, mais ne l'est plus pour les races inférieures et est tout-à-fait intervertie chez les singes anthropomorphes. Entre ces deux types extrêmes viennent se placer les Australiens (Broca), qui ont leurs trois molaires très développées et égales entre elles. Dans les races préhistoriques, on rencontre fréquemment cette dernière disposition, mais on observe aussi la disposition simienne ; celle-ci est fort nette sur la fameuse mâchoire de la Naulette.

Sur l'homme de Chancelade qui remonte, lui aussi, à la période quaternaire, la dent de sagesse était séparée de la branche du maxillaire par un intervalle de un centimètre. Cette disposition est, évidemment, un caractère d'infériorité. Si l'on examine, en effet, le mode de conformation des arcades dentaires dans les

races civilisées, on constate que la dent en question s'applique le plus souvent contre la branche du maxillaire et ne trouve même pas chez quelques sujets l'espace nécessaire à son évolution.

On le voit, probablement sous l'influence de modifications apportées au régime alimentaire, la dent de sagesse diminue d'importance en passant du singe aux races inférieures, soit quaternaires, soit civilisées, et de celles-ci aux races supérieures.

Dans nos races européennes, la dent de sagesse n'est actuellement qu'un organe rudimentaire en voie de disparition ; c'est là, bien certainement, la raison des variations fréquentes qu'on observe dans son mode d'apparition, dans son volume et sa destinée.

Les molaires supérieures sont moins volumineuses que les inférieures et en particulier la dent dont nous nous occupons. Les premières molaires supérieures présentent quatre cuspides, la dent de sagesse trois seulement et généralement moins volumineuses et moins distinctes. Elles semblent d'ailleurs ramassées et plus soudées entres elles. Dans les molaires inférieures, alors que la première grosse molaire présente cinq cuspides et la deuxième quatre, la dent de sagesse en possède suivant les cas, trois, quatre ou cinq, mais toujours plus petites et moins bien délimitées.

L'époque d'apparition de la dent de sagesse est plus précoce chez les singes et les peuples inférieurs que chez les blancs. Cette époque d'apparition est très variable. Voici d'après divers auteurs la date de l'éruption :

Pour Cruveilhier	18 à 30 ans
Sappey	18 à 30
Quain.	17 à 25
Magitot	18 à 25
Debierre et Pravaz. .	23

Cornudet, d'après une statistique portant sur 600 hommes pris au hasard et 388 femmes, est arrivé aux résultats suivants :

Hommes :	âge probable.	18 ans
	âge moyen.	18 ans 01
Femmes :	âge probable.	21 ans
	âge moyen.	20 ans 72

La moyenne de l'âge indiquée par Cornudet est celle qui, croyons-nous, se rapproche le plus de la vérité ; on trouve cependant des exceptions fréquentes et remarquables ; c'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir apparaître des dents de sagesse entre 30 et 70 ans. M. Dunogier a bien voulu nous montrer un cas d'éruption tardive de la dent de sagesse chez un colonel en retraite âgé de 60 ans.

DES ACCIDENTS OSSEUX

Les accidents que la dent de sagesse est susceptible de provoquer ont été classés en trois grandes catégories, suivant qu'ils précèdent son éruption, l'accompagnement ou la suivent. Aux premiers se rattachent les chondromes, les fibromes, les hypérostoses, les odontomes, tous accidents produits par l'irritation déterminée par le follicule dentaire enkysté.

Quant aux derniers, ceux qui viennent après l'éruption et sont dus à la périostite alvéolo-dentaire liée à la carie, ils sont communs à toutes les dents affectées de périostite alvéolo-dentaire ; ils présentent, cependant, en général, plus de gravité que pour les autres dents. Nous ne nous occuperons pas de ceux-ci, ils n'ont rien de commun avec l'éruption de la dent de sagesse et sortent de notre sujet.

Les autres accidents, ceux qui se produisent à l'occasion de l'éruption de la dent de sagesse, se divisent en :

1° Accidents dus à la *déviation* de la dent.

2° » à l'*ulcération* de la gencive par la dent.

3° » à la *compression* qui se produit quand l'espace destiné à recevoir la dent est trop étroit.

4° » à la *compression* qui se produit quand la dent se trouve en ectopie.

Les accidents dus à l'ulcération de la gencive diffèrent essentiellement de ceux dus soit à la compression, soit à une périostite liée à la carie. D'abord, au point de vue local, ces

accidents s'accompagnent rarement de périostite alvéolo-dentaire et, lorsqu'ils s'en accompagnent, les lésions, au lieu de débuter par le sommet, débutent par le rebord alvéolaire pouvant s'étendre, de plus en plus, du collet vers le sommet de la racine.

Ils donnent ainsi lieu à une supuration comparable à ce que les anciens auteurs désignent sous le nom de pyorrhée alvéolo-dentaire et que le docteur David avait proposé d'appeler maladie de Fauchard parce que c'est cet auteur qui l'a décrite pour la première fois dans son *Traité du chirurgien-dentiste* paru en 1746.

Dans ces conditions, les douleurs provoquées par cette arthrite alvéolo-dentaire sont, pour ainsi dire, à peu près nulles comme celles de la pyorrhée; cependant comme la dent est plus ou moins ébranlée, lorsque l'inflammation a gagné le fond de l'alvéole, il se produit de la douleur au contact des dents opposées. Il peut se produire, en même temps, et il se produit souvent, de la névralgie dentaire ou faciale en raison de l'extension de l'inflammation au pédicule vasculo-nerveux (comme dans la pyorrhée). Les tiraillements exercés sur ce pédicule, du fait de l'ébranlement de l'organe, contribuent aussi pour beaucoup à la production de cette névralgie ; mais, même dans ces cas, le tissu osseux semble rester à peu près indemme.

La sensibilité à la pression du doigt sur la dent de sagesse se montrera surtout à une dent du voisinage. Dans ce cas, c'est le plus souvent la deuxième grosse molaire qui est sensible à la percussion, quelquefois toutes les dents du même côté.

Autour de la dent, les accidents ne sont, en général, jamais bien redoutables ; cependant, ils peuvent présenter, parfois, une gravité relative : c'est la contracture des mâchoires, qu'elle soit reflexe ou qu'elle tienne à l'inflammation des muscles (myosite); ce sont des engorgements ganglionnaires persistants et l'on comprend que ces engorgements ganglionnaires, chez des individus prédisposés, peuvent se terminer par suppuration (adéno-phleg-

mon). Ce sont des amygdalites plus ou moins fréquentes, plus ou moins persistantes, ou enfin des gingivites ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses. Il peut se produire aussi des abcès, mais ces abcès sont extra-alvéolaires.

Si les accidents sont plus fréquents, plus répétés, ils sont moins graves et le traitement consistant en gargarismes et dans l'excision de la muqueuse, s'il ne prévient pas la récidive, vient assez facilement à bout des accidents.

Lorsque, au contraire, les accidents sont dus à la compression, ils présentent une gravité qui peut être extrême. Ce sont tous les accidents de la périostite ou de l'arthrite alvéolo-dentaire grave. D'abord, les douleurs plus ou moins sourdes s'accentuent peu à peu, soit qu'il y ait de la compression sur le trajet du nerf dentaire, soit enfin qu'il se produise de la suppuration intra-alvéolaire qui ne peut se faire jour à l'extérieur.

Dans ce cas, il survient des douleurs intolérables et on peut voir se produire tout le cortège des accidents septiques, inflammation des sinus, etc., etc. Si on ne fait pas l'extraction de la dent et, même après l'extraction, si on n'a pas soin de débrider largement, de faire des irrigations fréquemment répétées, etc., la mort peut survenir encore, conséquence d'un empoisonnement général.

Deux caractères cliniques importants par lesquels on pourrait caractériser les accidents de la dent de sagesse dus à la compression, sont les suivants : Loin d'éclater brusquement comme ceux liés à l'arthrite alvéolo-dentaire ou d'atteindre assez rapidement leur apogée comme les accidents liés à l'ulcération, ils se font deviner longtemps *à l'avance*, se produisent *lentement*, se traduisent par un sentiment de pesanteur du côté des mâchoires. Ils se traduisent aussi par une *douleur constrictive* qui va insensiblement en augmentant, d'une évolution souvent lente qui n'a rien de comparable avec les accidents dus à l'ulcération : ce qui fait que,

la plupart du temps, les malades viennent demander l'avis du médecin avant qu'il ne se fasse même du gonflement.

En résumé, on pourrait rapprocher les accidents dus à l'ulcération et ceux dus à la compression, en comparant les premiers à une simple plaie de la main, les deuxièmes à un panaris profond. Les uns et les autres, certes, peuvent provoquer des accidents graves, mais tellement différents qu'on ne peut les confondre.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les complications des accidents de la dent de sagesse; cela sortirait un peu de notre sujet. D'ailleurs, la plupart du temps, ces complications n'en sont pas à proprement parler ; elles font, en effet, généralement partie du cortège des accidents.

Cornudet divise ces complications en inflammatoires, névralgiques, osseuses.

Dans la première catégorie, il range :

1° Les gingivites ;
2° L'inflammation des muqueuses voisines ;
3° Les fluxions, phlegmons, etc ;
4° La constriction des mâchoires ;
5° L'adénite ;
6° L'arthrite temporo-maxillaire
7° L'osteite et la nécrose.

Dans les deuxièmes, il signale :

1° Les névalgies ;
2° Le tic convulsif ;
3° Les réflexes sur les organes des sens ;
4° Les affections nerveuses.

Dans les troisièmes, il classe :

1° Les tumeurs molles ;
2° Les tumeurs dures.

Nous n'entrerons pas dans l'étude détaillée de chacune d'elles, elle se trouve faite dans tous les ouvrages classiques.

Nous nous contenterons de faire observer que si la dent de sagesse peut quelquefois ne produire que des accidents légers, dans d'autres cas elle en produit de formidables en passant par tous les intermédiaires. Ils peuvent, en effet, se réduire à des douleurs sourdes ou aboutir à l'infection purulente, comme pour le cas de Gaujot cité par Chevassu ; ils peuvent n'être que de la contracture réflexe qui cédera vite au traitement, ou devenir phlegmon qui produira des désordres énormes et même l'asphyxie du malade.

Parmi les complications, il en est qui sont fort rares, telles que l'angine, le phlegmon orbitaire, les phénomènes réflexes du côté des organes des sens, les tumeurs, etc., etc.

A ce propos, nous signalerons un cas rapporté à la Société de de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux par M. le Professeur Demons :

OBSERVATION

Abcès de l'apophyse coronoïde consécutif à l'éruption de la dent de sagesse.

Demons (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.— Octobre* 1893.)

Un jeune homme de vingt-six ans se présente à lui avec une constriction très serrée des mâchoires et une tuméfaction très accusée de la région du maxillaire gauche. Sous le chloroforme, on écarte les mâchoires pour atteindre la dent de sagesse. Celle-ci, incluse profondément à l'origine de la branche montante, ne peut être extraite qu'à la gouge. Les accidents, loin de s'atténuer s'aggravent, survient un abcès profond dans le muscle temporal. Mais la constriction des mâchoires durant toujours, comme il se faisait d'autres abcès, on pensa qu'il s'agissait de lésions inflammatoires de l'apophyse coronoïde et d'abcès intra-osseux.

En prenant toutes les précautions utiles pour ménager le facial, M. Demons

alla à la recherche de l'abcès. On dut se contenter d'une étroite ouverture faite au niveau de l'angle du maxillaire pour décoller la périoste de bas en haut. On découvrit et supprima un foyer purulent dans le foyer même de l'apophyse. La guérison fut bientôt complète.

PATHOGÉNIE

Si l'on recherche, au point de vue historique, à quel moment on s'est préoccupé de savoir comment se produisaient les accidents de la dent de sagesse, on constate que les premiers auteurs n'y ont pas songé. A partir du XVI[e] siècle cependant, Urbain Hémard déclare que la « douleur procède de » la forte tension de la gencive, laquel estant déjà fort endurcie » et calleuse en cest aage, ne peut estre percée de la dicte dent » sans faire une douleur bien grande. »

Jourdain, plus complet, soutient que les accidents proviennent de la résistance des parties molles ; celle des rebords alvéolaires intervient aussi : en effet, les accidents disparaissent, dans un cas par lui publié, après l'ablation d'une portion d'alvéole pour livrer passage à la dent.

On a aujourd'hui, pour expliquer les accidents osseux de la dent de sagesse, le choix entre deux grandes théories : la théorie mécanique ou de la compression, et celle de l'infection consécutive à l'ulcération préalable de la gencive.

Au moment où se fait l'éruption de la dent de sagesse, la gencive est fort endurcie et calleuse comme le fait déjà remarquer Urbain Hémard. Si cette résistance est un peu exagérée, il en résulte de la gêne et de la difficulté pour l'éruption ; il en résulte des accidents dont le point de départ est dans l'irritation, l'ulcération de la gencive. Ceux-ci retentissent rarement sur les os,

mais atteignent plus ou moins loin les muqueuses et les lymphatiques.

D'autres fois, la difficulté de l'éruption tient aussi aux parties dures. Ou bien le volume de la dent est exagéré, ce qui se produit rarement, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, c'est l'espace destiné à la loger qui est insuffisant. On sait, en effet, que cet espace est limité sur le maxillaire inférieur, en avant, par la deuxième grosse molaire, en arrière, par le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Au moment où va se produire l'éruption de la deuxième grosse molaire, l'espace destiné à recevoir la troisième est nul ; aucun intervalle n'existe entre la deuxième et l'apophyse coronoïde : ce n'est que par un travail de résorption qu'il se forme. Si ce travail n'est pas complet, la dent de sagesse ne pourra atteindre le bord alvéolaire ; quelquefois aussi d'autres obstacles peuvent entraver ce développement : ce sont, outre le volume excessif de la deuxième molaire, la disposition de l'apophyse coronoïde à angle aigu par rapport au corps de la mâchoire, enfin le rapprochement des bords de l'alvéole de la dent de sagesse.

A la mâchoire supérieure, cette disposition peut se rencontrer également, mais à part ce dernier cas, les choses se passent différemment. L'espace situé entre la deuxième molaire et la partie la plus reculée du maxillaire supérieur peut être insuffisant, mais il n'existe pas d'obstacle analogue à l'apophyse coronoïde ; l'os oppose bien moins de résistance à la distension, ce qui explique comment les accidents dont nous nous occupons sont beaucoup plus fréquents à la mâchoire inférieure.

Lorsque le manque d'espace interrompt l'éruption de la dent de sagesse, les racines continuent à croître, la pression s'exerce dans des directions différentes vers l'obstacle, vers le corps. Il en résulte des phénomènes inflammatoires osseux franchement aigus ou à marche lente et sourde. Les sujets qui ne souffrent pas sont

ceux dont l'os se laisse user sans réaction ou chez qui l'accroissement de la dent s'arrête, ou bien, enfin, quelquefois, chez qui la couronne se fait jour dans une direction anormale.

A la mâchoire inférieure, on a vu la dent de sagesse se développer au-dessous du bord alvéolaire ou s'élever dans la branche montante du maxillaire ou occuper même complètement cette branche montante. Souvent la dent de sagesse est oblique et se dévie en avant, quelquefois en dehors, rarement en dedans et en arrière. Dans les déviations en dehors ou en dedans, la dent de sagesse ne rencontre que des parties molles, la joue, la langue.

Dans les déviations postéro-antérieures, la dent est toujours plus ou moins entravée dans sa sortie et l'on a des accidents inflammatoires du tissu osseux à moins que les dents situées en avant de la dent déviée ne se laissent repousser et ne chevauchent les unes sur les autres.

A la mâchoire supérieure, la troisième grosse molaire peut ne pas atteindre le bord alvéolaire ou être repoussée dans la partie postérieure de la tubérosité sans perdre sa direction verticale.

Quant aux déviations, la plus fréquente est l'inclinaison en dehors.

Les déviations de la dent de sagesse sur les deux maxillaires ne sont pas toujours explicables par l'insuffisance de l'espace réservé à la dent. On est obligé de faire intervenir le développement primitif de la dent en un lieu anormal.

La théorie que nous venons d'exposer, est celle que nous réhabilitons avec un nombre limité d'auteurs; toutefois, nous n'en faisons pas l'explication unique des accidents osseux.

Cornudet, dans sa thèse inaugurale inspirée par Redier, prétend que ces accidents sont dus, tous, à une véritable infection putride locale. Il fait remarquer, aussi, qu'à la machoire inférieure, la fibro-muqueuse adhère faiblement à l'os. Au moment où elle se laisse perforer par la dent de sagesse, cette muqueuse

se détache et forme un capuchon à la dent. Les agents infectieux trouvent ainsi sous ce capuchon des conditions favorables pour leur développement. Or, il prétend que jamais les accidents ne se sont produits avant que la muqueuse n'ait été perforée en un point quelque petit qu'il soit.

Cette théorie est extrêmement séduisante, très en rapport avec les tendances actuelles, vraie dans un certain nombre de cas, mais à repousser, si on l'impose comme exclusive. Pour la soutenir, Cornudet fait à la théorie mécanique, à la théorie de la compression, des objections dont nous allons discuter la valeur.

En premier lieu, Cornudet établit en principe, que les accidents se produisent là où, manifestement, la place ne fait pas défaut.

Nous relevons, dit-il, 38 cas sur 73, dans lesquels ils se sont produits malgré l'absence d'une ou plusieurs molaires, c'est-à-dire, dans des conditions où il est impossible d'invoquer le défaut de place.

On peut admettre que pour cette série des 38 cas, l'espace réservé à la dent de sagesse fût suffisant, bien qu'on fasse abstraction des résistances offertes par une alvéole trop étroite, facteur qui a son importance. — Supposé même que la théorie de l'infection soit applicable à certains des cas qui restent, l'auteur ne signale pas qu'on ait relevé, toujours, l'ulcération préalable, porte d'entrée de l'infection. Il subsiste, donc, encore assez de marge pour que la théorie de la compression soit justifiée par un nombre important de faits pris dans la statistique même de Cornudet.

De plus, ajoute-t-on, l'extraction de la deuxième molaire aurait toujours et rapidement assuré la guérison, au cas où le défaut de place pourrait être incriminé. Nous répondrons qu'il existe des cas où l'extraction de la deuxième grosse molaire, celle même

de la première ont donné de bons résultats. Desprès, Baronnet, (*Thèse de Paris 1877*), Heydenreich, citent des observations dans lesquelles ils relatent que, la place manquant au maxillaire inférieur au moment de l'éruption, il se produisit des désordres que fit cesser l'avulsion d'une grosse molaire. Si cependant cette avulsion ne donne pas toujours les résultats attendus, c'est qu'il y a des considérations secondaires, telle la résistance provenant de l'alvéole même, et, nous ne le nions pas, l'infection locale et d'autres facteurs qui empêchent que le procédé de Toirac, qui a toutes les apparences de la logique, soit excellent dans la pratique.

A notre tour, nous demanderons à ceux qui nient la compression, comment on peut expliquer le déplacement des dents de tout un côté dans les cas où l'éruption de la dent de sagesse n'est pas faite encore, comment on peut expliquer la cessation des accidents, précisément lorsque la dent de sagesse est complètement sortie.

Cornudet prétend que la compression à laquelle la dent est soumise, de part et d'autre, entraîne son atrophie : Ce serait là une règle de physiologie générale.

En effet, cette théorie peut être vraie, en général, mais, dans le cas particulier, elle n'est pas toujours applicable; la compression de la dent de sagesse est limitée : assez grande pour produire quelquefois des accidents osseux, elle est, cependant, habituellement atténuée par la résorption concomitante des parties osseuses du voisinage. Toutefois, nous sommes loin de dire qu'il en soit toujours ainsi : par exemple, dans certains cas, l'espace est tellement restreint, la compression telle, qu'elle arrête net la dent dans son évolution, qu'elle tue le germe dans l'œuf, s'il est permis de s'exprimer ainsi ; c'est de la sorte qu'on peut expliquer comment chez les individus qui n'ont jamais eu de dent

de sagesse, faute d'espace, il ne s'est pas produit d'accidents.

On a objecté que les exemples les plus remarquables d'ectopie de la dent de sagesse, ceux qui témoignent le mieux de l'obstacle rencontré par la dent, au moment de son évolution, ont été trouvés par hasard à l'autopsie et ne se sont jamais révélés durant la vie.

« Nous signalerons seulement, ajoute Cornudet, la pièce que » Saunders offrit au musée de la Société Ondotologique de Lon- » dres et où l'on voit la dent de sagesse inférieure de chaque côté » située très haut sur la branche montante du maxillaire, la cou- » ronne arrivant jusqu'au niveau de l'échancrure sigmoïde. L'état » de l'os indique clairement que, malgré leur position normale, » les dents n'ont pas été une source d'irritation. »

Cet argument se trouve détruit par les deux observations que nous reproduisons plus loin, qui prouvent bien que l'ectopie de la dent de sagesse peut déterminer des phlegmons par suite de compression. Les observations seraient probablement plus nombreuses, si l'attention des praticiens eut été attirée de ce côté là. C'est M. Dunogier qui a recueilli le premier fait de ce genre et cette observation, présentée à la Société des dentistes, a fait précisément que M. Gautier n'a pas laissé passer inaperçu un cas analogue.

« Ce qui, aux yeux de certains auteurs, dit Cornudet, paraît » justifier la théorie de l'infection, est l'intégrité de la dent qui, au » milieu de tous ces désordres, demeure intacte, phénomène assu- » rément étrange si l'on s'en tient à l'hypothèse de la compres- » sion. »

Nous répondrons à cette objection par l'observation de Dunogier où la dent de sagesse était cariée.

Cette carie n'était pas la conséquence de l'altération de la première grosse molaire située au-dessus, puisque trois témoins

compétents ont déclaré qu'elle était saine, mais bien due à la compression et au séjour de la dent au milieu du pus.

De ce fait, l'objection perd de sa valeur. Nous ne nions pas cependant que, d'une façon générale, on trouve la dent de sagesse absolument saine. En voici une raison qui nous paraît assez vraisemblable.

La résistance, et, partant, la compression, se fait surtout dans l'éruption de la dent de sagesse au niveau de sa couronne. Celle-ci, recouverte d'émail, tissu dense et très dur, est difficilement entamée quand la dent prend une direction normale, c'est-à-dire quand elle pousse verticalement. Si, au contraire, elle est déviée, si, par exemple, la couronne est dirigée du côté de la deuxième grosse molaire, l'émail de la dent de sagesse appuie sur le cément de la deuxième grosse molaire, tissu moins dur qu'elle use, pour entamer ensuite l'ivoire, ouvrant ainsi vers la pulpe une porte à l'infection (Observation de Dutour, *Annales de la Policlinique de Bordeaux;* janvier 1895).

En résumé, il nous semble que dans les grands accidents, quand la dent est baignée dans le pus, on peut la trouver cariée (cas de Dunogier) Quand les phénomènes de compression sont moins accentués, la dent de sagesse, pour les raisons que nous venons d'exposer, reste intacte, si elle s'élève verticalement; c'est plutôt au contraire la deuxième grosse molaire qui se carie, si la dent de sagesse est en déviation antéro-postérieure.

Cornudet prétend, en outre, expliquer la plus grande fréquence des accidents au maxillaire inférieur, par ce fait que l'adhérence de la fibro-muqueuse y est beaucoup moindre qu'au maxillaire supérieur et qu'une inflammation même modérée suffit à la détacher, à en faire un capuchon, véritable clapier où s'accumulent les agents infectieux de la bouche.

A ces considérations, fondées sur des données anatomiques, nous pouvons en opposer d'aussi vraisemblables. Nous l'avons

déjà dit avec Reclus (*Cliniques*), le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur présente une courbure en saillie, grâce à laquelle les follicules inscrits ont, comme territoire d'évolution, un segment triangulaire à base périphérique tel, qu'au fur et à mesure que la dent se développe, elle trouve devant elle un espace qui s'élargit. — Au maxillaire inférieur, les conditions, nous l'avons vu, sont tout opposées; la courbure n'est pas en saillie, elle forme avec l'apophyse coronoïde un angle rentrant. Aussi, le bord alvéolaire présente-t-il parfois un espace insuffisant pour l'évolution régulière de la dent de sagesse.

En effet, le follicule est d'abord au large, il se développe à son aise; puis, lorsque la couronne vient percer la gencive, elle vient buter en arrière contre l'apophyse coronoïde, en avant, contre la deuxième molaire. Elle se dévie alors, ou bien elle est gênée dans son éruption et la scène des désordres commence à se produire.

Il faut ajouter que la racine de la deuxième molaire est assez rarement implantée perpendiculairement dans le maxillaire inférieur; elle est oblique de bas en haut et d'arrière en avant. En prenant cette position, elle refoule en arrière vers l'apophyse coronoïde le follicule de la troisième molaire dont plus tard la couronne se dégage difficilement.

Passons maintenant à un autre ordre de faits. Cornudet déclare que jamais les accidents ne se sont produits, chez les sujets qu'il a observés, avant que la muqueuse ait été perforée d'une façon quelconque, en un point si petit qu'il soit. Et il ajoute :

« Nous trouvons dans ce fait un élément essentiel pour cons-
» tituer l'opinion que nous soutenons, une base absolument
» solide pour appuyer notre système. Aussi, avons-nous minu-
» tieusement cherché parmi les observations publiées s'il en est
» quelqu'une qui soit en contradiction formelle avec cette affir-

» mation, etc., etc. En somme, il n'est aucune de ces observa-
» tions où un fait absolument contraire ait été signalé. »

L'observation de Vautier est en contradiction avec cette assertion. De plus, nous nous appuyons sur l'autorité d'observateurs tels que Velpeau qui rapportent des cas sans ulcération préalable (Voir aux observations). De l'avis de Cornudet, les auteurs que nous venons de citer auraient mal vu, mal observé.

Sans faire à la question d'autorité plus ou moins compétente la part trop large, on peut, croyons-nous, admettre que les affirmations de ceux qui n'ont pas vu valent quelque chose. Que si, pour les autres, la perforation était constante, on doit admettre en somme des cas où elle existe, il est vrai, mais d'autres où elle n'existe pas.

Nous pourrions enfin poser cette question : Si l'interprêtation de Redier et Cornudet est exacte, pourquoi les accidents, si fréquents lors de l'éruption de la dent de sagesse, sont-ils si rares lors de l'éruption des autres dents? (Nous disons plus bas un mot de ceux qui se produisent à l'occasion de l'éruption des premières et deuxièmes grosses molaires.)

La cause de cette différence réside évidemment daus les conditions anatomiques qui président à l'éruption de la troisième grosse molaire. Ces conditions, sur lesquelles nous avons longuement insisté, sont la cause première des accidents ; c'est grâce à elles que l'infection trouve un terrain favorable à son développement.

Le professeur Redier signale, cependant, comme argument contre la théorie mécanique, le fait qu'on rencontre des accidents lors de l'éruption de la première grosse molaire, vers sept ans, et de la deuxième vers douze ans, accidents comparables à ceux de la dent de sagesse.

Au contraire, nous voyons là un argument de plus en faveur de la théorie que nous réhabilitons. En effet, la première grosse

molaire se trouve chez l'enfant de sept ans, la deuxième chez celui de douze ans, dans des conditions de compression identiques à celles où, plus tard, se trouve la dent de sagesse : l'espace est insuffisant, nous l'avons expliqué plus haut dans le chapitre d'anatomie.

En résumé, nous sommes d'avis que les deux théories de la compression et de l'ulcération préalable sont loin de s'exclure ; on peut même dire qu'elles se trouvent réunies dans beaucoup de cas. Nous croyons, de plus, que la compression, sauf dans quelques cas exceptionnels, contribue pour une part importante au début des accidents liés à l'ulcération de la muqueuse.

A ce sujet, voici l'avis qu'ont émis des maîtres éminents à la Société de Chirurgie de Paris en 1892 :

Quénu (séance du 6 juillet) : « M. Nélaton s'est demandé la cause des accidents de la dent de sagesse ; est-ce l'ulcération de la muqueuse ou le manque de place? Le plus souvent les deux causes se combinent. Il y a ulcération parce qu'il y a manque de place, etc. »

Reclus (séance du 6 juillet) : « Comme M. Quénu, je pense que, pour expliquer les accidents de la dent de sagesse, la cause mécanique doit être tenue en grande considération : je connais un nombre considérable d'observations de ce genre. J'ai vu une jeune fille qui, pendant dix ans, eut tous les accidents de l'éruption de la dent de sagesse; elle avait, à chaque instant, de petites ulcérations gingivales, et des inoculations incessantes. Les deux causes me paraissent donc devoir être admises d'une façon certaine. Tous ces accidents n'existent pas quand la dent située en en avant de la dent de sagesse fait défaut et laisse la place libre. De même, ces accidents n'existent plus ou n'existent que d'une

façon tout-à-fait exceptionnelle à la mâchoire supérieure où les conditions anatomiques sont différentes. »

Magitot (séance du 27 juillet) : « Les deux théories, loin de s'exclure, se complètent, etc., etc. »

TRAITEMENT

Le traitement des accidents de la dent de sagesse est soumis aux deux conditions pathogéniques que nous avons indiquées plus haut; de plus, il faut s'adresser, *le plus tôt possible*, à la cause des accidents.

Aussi, dès maintenant, exclurions-nous volontiers, de notre division, au point de vue de leur thérapeutique, la division de certains auteurs relative aux accidents légers. A ces accidents légers on oppose un traitement médical composé de collutoires antiseptiques sur la région, des lavages antiseptiques de la bouche et le nettoyage du capuchon de la dent. Absolument comme pour le panaris, par exemple, l'intervention chirurgicale nous paraît de mise, même dans ces cas : A quoi bon laisser persister une muqueuse en capuchon qui doit disparaître définitivement et dont la résorption progressive s'annonce comme devant être douloureuse et qui peut être un foyer d'infection ?

Pour obvier à ces accidents dits légers, pour obvier aux accidents plus importants qui s'accompagnent de gonflement prononcé, de douleurs névralgiques, d'abcès gingivaux, on détruira le capuchon.

On a l'avantage, si l'obstacle à l'éruption réside dans la muqueuse, de supprimer l'obstacle, ou, si la muqueuse forme clapier, de transformer une plaie fermée ou ne présentant que l'ulcéra-

tion signalée par Cornudet, en une plaie largement ouverte. La rétention du pus n'est plus à craindre et l'antiseptie de la région est infiniment plus facile à faire. On retire de cette intervention des résultats immédiats, très notables du jour au lendemain.

La question de l'incision simple dans ces cas, de l'incision linéaire, est résolue : elle est insuffisante. Les lèvres de la plaie se réunissent, fréquemment, vite après l'intervention.

L'incision cruciale et l'incision en V à sommet antérieur sont également à rejeter pour le même motif.

L'excision est de beaucoup préférable. Pour la pratiquer, on peut avoir recours à deux instruments, le galvano-cautère et le davier à emporte-pièce ou gingivotome, employé particulièrement à Bordeaux par le docteur Dunogier.

Le galvano-cautère est excellent; on n'en saurait, à notre avis, dire trop de bien : très rapidement on arrive à découvrir totalement la couronne de la dent, la douleur est peu considérable, surtout si l'on a usé d'attouchements à la cocaïne; la réaction inflammatoire est nulle.

Il va sans dire que, d'emblée, nous récusons toutes les interventions au nitrate d'argent ou à l'acide chromique : A notre avis ces deux agents n'auraient d'indications que dans des cas très rares.

En revanche, quand les accidents sont dus à des phénomènes de compression manifeste (un examen attentif de la région ou la persistance des phénomènes, malgré l'incision de la muqueuse, fixent à ce sujet) on devra intervenir sur les parois dures, les parois osseuses. Nous avons établi que l'alvéole pourrait gêner la dent dans son éruption. Si c'est elle qui est en cause, on peut, après avoir incisé la muqueuse, détruire, à l'aide d'une gouge, toute la portion alvéolaire qui paraît devoir gêner le passage de la couronne.

Est-ce, au contraire, le défaut d'espace qui sépare l'apophyse coronoïde de la deuxième grosse molaire qui est la cause de tout le mal ? On doit alors pratiquer l'avulsion d'une dent. D'après Toirac, on devrait intervenir sur la deuxième grosse molaire : Ce procédé, très logique en théorie, ne donne pas, en pratique, les résultats qu'on serait en droit d'espérer. Il est donc à récuser pour cette première raison et, de plus, parce qu'il prive le sujet d'un organe qui lui servira, pour en conserver un autre dont l'utilité est très contestable. On interviendra donc sur la troisième grosse molaire.

Dans la plupart des cas, il est inutile de songer à se servir des instruments d'extraction habituels. On y substitue ordinairement le vieil et excellent instrument connu sous le nom de *langue de carpe* dont nous n'avons pas à faire ici la description. Il est applicable même dans les cas d'occlusion complète de la bouche : toutefois, il est indispensable que la deuxième grosse molaire existe et soit solide et que la dent à arracher ne soit pas trop altérée.

Redier emploie, au lieu de la *langue de carpe*, un instrument de maniement simple : c'est un davier dont les mors sont inclinés d'environ 40° et façonnés en coins. Cornudet le décrit, avec figure à l'appui, dans sa thèse inaugurale.

Dans les cas où il était difficile d'atteindre la troisième grosse molaire, on a eu l'idée de faire l'alvulsion temporaire de la deuxième grossse molaire que l'on remettait en place quelques instants après. Ce procédé opératoire dont le succès a justifié la hardiesse, est tout indiqué dans les cas où la dent de sagesse est profondément incluse dans la branche montante du maxillaire inférieur et qu'on va la chercher la gouge à la main.

Toutefois, même en ces matières, il faut savoir subordonner ses interventions à des indications bien précises. Il est, par exemple, tel cas de déviation modérée de la dent de sagesse où malgré les accidents qui l'accompagnent, il faut savoir attendre en se con-

tentant d'obvier, le mieux possible, aux inconvénients du moment. Le traitement médical est donc indiqué dans ces cas seulement, et l'antisepsie de la bouche doit être soigneusement observée.

Nous ne nous attarderons pas à décrire la thérapeutique des complications, des accidents de la dent de sagesse ; nous nous contenterons simplement d'indiquer comme excellente la méthode de Cras signalée par Gallas pour l'incision par la voie cutanée des abcès périostiques du maxillaire. (*Thèse de Bordeaux 1889*)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dent de sagesse poussant obliquement d'arrière en avant, dont la couronne va s'appuyer sur la dent voisine qui s'oppose à sa sortie. (*Toirac, Revue Médicale* 1828, *tome I.*)

Madame B..., 22 ans, éprouva trois ou quatre mois après son mariage, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche, une douleur sourde qui s'étendit bientôt jusqu'à la ligne médiane; toutes les dents étaient douloureuses.

Après avoir suivi plusieurs traitements, elle consulte Toirac. La face était pâle et tirée, la maigreur extrême; pas d'appétit et à peine du sommeil depuis un an. *Rien n'annonçait la sortie d'une dent de sagesse;* la gencive avait sa couleur normale, mais, par une incision assez profonde sur la gencive, derrière la deuxième grosse molaire, et en introduisant une petite sonde, Toirac reconnut un corps dur et lisse autour duquel on pouvait promener l'instrument, excepté en avant, où il était arrêté. Diagnostic : dent oblique en avant, appuyée sur la molaire voisine. *Avulsion de la deuxième grosse molaire. Les souffrances disparurent* et avaient cessé cinq ou six jours après. Depuis ce moment, santé parfaite.

OBSERVATION II

Ostéo-périostite subaiguë du maxillaire. (*Vautier, Gazette des hôpitaux*, 1850).

Femme de 34 ans, prise à la mâchoire inférieure et à droite d'une douleur sourde allant de l'angle à la ligne médiane et devenant de plus en plus

vive, au point que toutes les dents devinrent douloureuses. Perte d'appétit, insomnie, pâleur de la face.

Malgré l'absence de tout indice indiquant la présence d'une dent de sagesse inférieure, Vautier *incise la gencive* intacte, derrière la deuxième grosse molaire et trouve une dent dirigée obliquement d'arrière en avant.

Avulsion de cette dent et de la deuxième grosse molaire. Guérison complète cinq jours après.

OBSERVATION III

Anomalie de position et de développement d'une dent de sagesse; pénétration d'une de ses racines dans le canal dentaire; ostéité médullaire de la branche de l'os maxillaire, résection et désarticulation de l'un des condyles de cet os. (*Forget, Des anomalies dentaires, Paris* 1859).

Un homme de 26 ans, depuis longtemps affecté de névralgies dentaires très aiguës, qui répondaient aux alvéoles des dernières dents molaires du côté droit de la mâchoire inférieure, s'aperçut que celle-ci augmentait de volume dans toute l'étendue de sa branche. La tuméfaction ne tarda pas à devenir considérable, en même temps survint dans le jeu de l'articulation une gêne notable, progressive et toujours croissante, comme le gonflement qui bientôt s'étendit à toute la région massétérine; cette gêne devint telle que l'abaissement de la mâchoire fut impossible. Dur, résistant, irréductible sous la pression, ce gonflement était le résultat évident d'une hypérostose.

Le malade se décida à entrer à la Pitié dans le service de M Maisonneuve, qui, après avoir mis à nu la tumeur osseuse, y appliqua une couronne de trépan, dans le but d'y chercher la dent qu'il présumait être la cause de la maladie.

L'insuffisance de cette opération le décida à réséquer la branche de la mâchoire, au moyen de la désarticulation du condyle et d'un trait de scie qui porta sur l'alvéole de la première grosse molaire.

L'examen de la pièce anatomique révèle l'existence d'une ostéite à divers degrés de développement. Sciée suivant son axe, la branche de l'os offrait,

dans son épaisseur, plusieurs cavités tapissées par une membrane pyogénique baignée de pus à sa surface. Parmi ces cavités, les unes *étaient complètement closes par le tissu osseux*, les autres s'ouvraient à l'extérieur par voie d'ulcération de ce même tissu. La dent de sagesse était incluse dans la base de l'apophyse coronoïde, et dépassait d'un millimètre à peine les bords de l'alvéole qu'elle s'y était creusée. Sa couronne avait des dimensions doubles des dimensions ordinaires, elle appuyait en avant contre le collet d'une dent voisine, de telle sort que, pour prendre rang dans l'arcade alvéolaire, il lui eut fallu déplacer cette même molaire qui s'opposait à son ascension, etc., etc.. ..

OBSERVATION IV

Adénite sous-maxillaire et périostite due à l'éruption d'une dent de sagesse. (*Thèse de Chevassu, observation XI.*)

Bodin, 25 ans, a reçu pendant la guerre une balle au niveau de l'angle de la mâchoire à droite; guérison rapide. Deux ans après il entre au Val-de-Grâce pour une douleur sourde à ce niveau avec frissons et fièvre; il se forme au-dessous du maxillaire une tumeur très douloureuse, fluctuante, dont l'incison donne issue à du pus. Un mois après la guérison de cette adénite, gonflement peu douloureux à la région de l'angle de la mâchoire, avec difficulté de l'écartement des machoires.

Au-devant de l'apophyse coronoïde, tumeur dure, adhérente à l'os; en arrière de la deuxième grosse molaire, on voit la partie antérieure de la dent de sagesse, dont la couronne est serrée entre la dent qui précède et l'apophyse coronoïde. Cette périostite cède à l'extraction de la deuxième grosse molaire.

OBSERVATION V

Ostéo-périostite suppurée du maxillaire inférieur (côté gauche.) Extraction de la première grosse molaire incriminée ; persistance des accidents. Apparition d'une nouvelle dent à la place de la première. Extraction et guérison. (Communication du Docteur Dunogier à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1893.)

Madame X... n'a fait aucune maladie grave pendant son enfance ; mariée très jeune, elle a eu une grossesse pénible qui la laisse profondément anémiée. Trois ans auparavant, à la suite d'une promenade en voiture, elle fut prise d'un mal de gorge léger et, presque aussitôt, le maxillaire inférieur devint le siège d'un gonflement au niveau de la première grosse molaire. On lui conseilla de faire extraire cette molaire mais l'extraction lui en fut refusée par trois dentistes qui affirmèrent que la dent était saine.

Néanmoins, le gonflement prit, peu à peu, des proportions plus grandes et finit par aboutir vers le quinzième jour à un phlegmon étendu. Un mois seulement après l'ouverture du phlegmon, la malade alla revoir son dentiste pour en finir avec la dent incriminée. Celle-ci s'étant brisée, on laissa en place les racines. La patiente supporta cette extraction incomplète durant six mois, avec des alternatives de rémission et d'exarcerbation coïncidant avec l'époque de ses règles.

De guerre lasse, elle se décida à recourir aux soins d'un spécialiste qui fit l'avulsion des racines nageant dans le pus. Pendant quelques jours, tout sembla marcher à souhait, malgré qu'il persistât un peu d'écoulement purulent ; le gonflement fut un certain temps sans se reproduire, puis l'affection reprit son ancienne allure.

Trois mois après, elle revenait avec une fluxion siégeant au même niveau. Le spécialiste qui l'avait déjà soignée introduisit une sonde dans la plaie alvéolaire non encore refermée, rencontra un corps dur et glissant ; la dent de sagesse manquant à sa place habituelle, il en conclut que c'était elle.

Lorsque la malade fut présentée au docteur Dunogier, en mars 1992, on distinguait nettement les tubercules externes d'une grosse molaire. D'ailleurs,

le reste de la dentition était relativement bon ; la rangée du côté droit de la mâchoire inférieure était au grand complet, sans carie; à gauche, au contraire. il manquait une dent, celle que l'on connaît. A ce niveau, le bord alvéolaire avait complètement disparu ; les deux dents voisines étaient inclinées l'une vers l'autre; elles n'étaient pas cariées, n'étaient pas ébranlées et restaient parfaitement insensibles à la percussion.

Au fond de l'espace limité par elles, on apercevait blancs, brillants, nacrés, les deux tubercules externes d'une dent, puis soulevant légèrement la gencive à la partie interne, deux autres tubercules appartenant à cette même dent ; dès lors, il était évident que cette couronne était celle d'une grosse molaire et, pour les raisons indiquées plus haut, bien que le cas n'eut pas été signalé encore, il n'était plus douteux que cette molaire n'était autre que la dent de sagesse.

L'extraction proposée ne fut pas acceptée sur le moment, mais pratiquée quelques mois après : on souleva alors la dent à l'aide d'un élévateur droit, puis elle fut amenée à l'extérieur avec une sonde recourbée. A l'examen de la dent extraite, on constata, chose remarquable, la disparition presque complète de l'ivoire. En certains points, notamment au niveau du collet, il ne restait plus que l'émail de l'épaisseur d'une feuille de papier. Au niveau du collet, sur la face externe, se trouvait un petit pertuis qui a dû servir de porte d'entrée au pus que l'on considère comme le véritable agent destructeur de la dentine et de la pulpe; l'émail et le cément, au contraire, ont été absolument respectés. Les racines soudées ensemble étaient nécrosées dans leur plus grande étendue.

Les suites de l'opération ont été excellentes.

OBSERVATION VI

Ostéo-périostite du maxillaire supérieur gauche. Extraction de la deuxième grosse molaire, et dégagement de la dent de sagesse située au-dessous.

(*Communication de M. Gautier à la Société des Dentistes du Sud-Ouest. Février* 1894.)

X..., 25 ans, ayant toutes les apparences d'une robuste constitution, se présente à M. Gautier pour des douleurs aiguës qu'il éprouvait depuis quatre ou cinq mois au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure gauche. D'abord sourdes, ces douleurs deviennent rapidement intolérables. En même temps survenait un gonflement considérable de la région, de la contracture des mâchoires.

A l'examen de la bouche, on constate le parfait état des dents, admirablement saines et bien rangées, à part la deuxième grosse molaire. Celle-ci, en effet, est fortement inclinée en dedans de l'arcade, sensible à la pression et très ébranlée, mais paraissant aussi saine que ses voisines. En promenant une sonde autour du collet pour s'assurer de l'état de l'organe à ce niveau, on rencontre à la partie externe un corps dur et lisse.

L'extraction de cette deuxième grosse molaire est pratiquée; elle est suivie d'un écoulement de pus et de sang assez abondant; dès que celui-ci eut cessé il fut facile de constater la présence d'un corps dur et lisse qui n'était qu'une dent ayant toutes les apparences de la troisième grosse molaire.

Cette deuxième grosse molaire présentait la particularité suivante : elle n'avait que deux racines et ces racines étaient placées sur l'arcade, l'une en avant, l'autre en arrière, exactement comme une grosse molaire inférieure.

La dent de sagesse avait évolué entre les deux racines, ce qui explique la projection en dedans de la deuxième grosse molaire.

CONCLUSIONS

1° L'éruption de la dent de sagesse peut provoquer des accidents osseux dont nous avons étudié les symptômes, les variétés et les complications.

2° Beaucoup de ces accidents osseux reconnaissent comme cause une ulcération de la muqueuse gingivale qui sert de porte d'entrée au germe infectieux.

3° A côté de ceux-là il en existe d'autres dont la production est liée exclusivement à des causes mécaniques : défaut d'espace et, par suite, compression.

4° Ces deux sortes d'accidents, d'origine si différente, se distinguent par des allures cliniques différentes.

5° Le plus souvent, cependant, le manque d'espace et l'inoculation *combinés*, sont les deux facteurs des accidents osseux.

6° L'excision de la muqueuse dans quelques cas, l'ablation d'une dent dans d'autres, tels sont les deux grands moyens pour obvier à ces accidents.

7° Souvent, on est obligé d'employer simultanément ces deux moyens.

On doit, dans le cas d'extraction, enlever exclusivement la dent de sagesse et même, le cas échéant, ne pas hésiter pour atteindre ce but, à faire l'extraction *temporaire* de la deuxième grosse molaire.

9° En aucun cas on ne doit négliger l'antisepsie de la cavité buccale.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la Thèse :
J. DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baronnet, *Cause anatomo-physiologique d'ostéo-périostite alvéo-dentaire des jeunes sujets, et chute prématurée des dents consécutive. Thèse de Paris* 1877.

Chevassu, *De quelques accidents de la dent de sagesse, Thèse de Doctorat. Paris* 1877.

Comoy, *Des déviations de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents, Thèse de Doctorat, Paris* 1876.

Cornudet, *De la dent de sagesse en général, en particulier des accidents provoqués par son éruption, Thèse de Doctorat, Paris* 1887.

Demons, *Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. (octobre* 1893).

Desprès, *Art. Mâchoires in dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* 1875.

Dit Orme, *De quelques accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, Etude étiologique, Thèse de Doctorat* 1880, *Montpellier.*

Dumon, *Contribution à l'étude de la pathogénie des phlegmons péri-maxillaires d'origine dentaire, Thèse de Doctorat, Paris* 1894.

Dunogier, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1893.

Dutour, *Annales de la policlinique de Bordeaux, janvier* 1895.

Fauchard, *Le Chirurgien Dentiste, Paris* 1746.

Gallas, *Quelques considérations sur les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse inférieure et en particulier, de l'ostéo-périostite du maxillaire et traitement par le débridement préventif, Thèse de Bordeaux* 1889.

Gautier, *Bulletin et actes de la Société des Dentistes du Sud-Ouest, Bordeaux* 1894.

Hémard, Urbain, *Recherches de la vraye anathomie des dents, nature et propriétés d'icelles, Lyon* 1581.

Heydenreich, *Thèse d'agrégation, Paris* 1878.

— *Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus)*, t. V.

— *Des accidents de la dent de sagesse.*

Hunter John, *Œuvres complètes, traduction de Richelot* 1839, t. II.

JOURDAIN, *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent*, t. II, *Paris* 1778.

MALAGOU-DÉSIRABODE, *Des accidents de la dent de sagesse*, *Thèse de Paris* 1830.

MAGITOT, *Contribution à l'étude des accidents de la dent de sagesse inférieure*. *Gazette hebdomadaire de Médecine de Paris* 1879.

— *Société de Médecine et de Chirurgie de Paris*, *séance du 27 juillet* 1892.

PIORRY, *Traité de pathologie iatrique*, 1841, t. I, p. 48.

QUÉNU, *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie*, *Paris* 1892.

RECLUS, *Gazette hebd. de Médecine*, 1881, p. 210. *Clin. et crit. chir.* 1884.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, *Paris* 1892.

TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, t. III.

TOIRAC, *Déviation et accidents de la dent de sagesse inférieure*, *Paris* 1828.

VAUTIER, *Gazette des hôpitaux*, 31 *mai* 1856.

VELPEAU, *Cliniques*, t. III, p. 380.